



ARTÉRIOPATHIE OBLITÉRANTE DES MEMBRES INFÉRIEURS

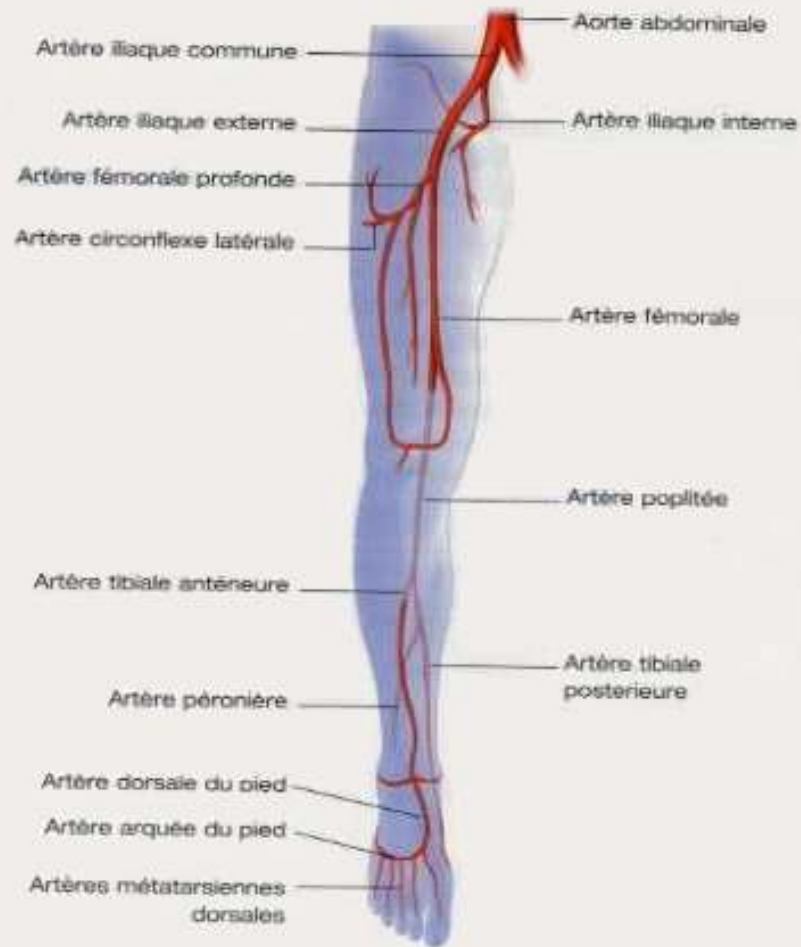
Dr BENABID MOHAMED MALIK
Assistant CHU Sétif
2019/2020

INTRODUCTION DÉFINITION

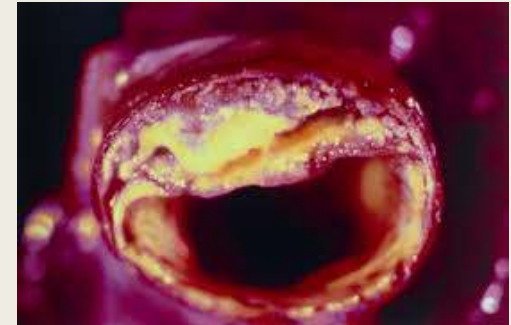
- **Obstruction partielle ou totale d'une ou plusieurs artères destinées aux inf d'origine athéromateuse.**
- **Douleurs d'effort puis progressivement de repos.**
- **Evolution chronique et progressive avec épisodes aigus (Fissurations, thromboses embolies, anevrysmes).**
- **L'évolution généralement progressive permet le développement d'une circulation collatérale (marche++++).**
- **Age moyen 60 ans avec prédominance masculine.**
- **Tabac +++++.**

RAPPEL ANATOMIQUE

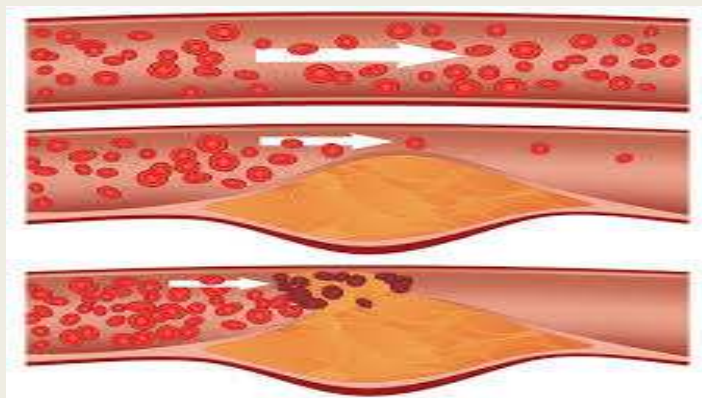
Arbre artériel du membre inférieur



PHYSIOPATHOLOGIE



- Sténose athéromateuse >70% \Rightarrow Déséquilibre entre apports et besoins en O₂ d'abord à l'effort puis au repos.
- Ischémie \Rightarrow hypoxie \Rightarrow anérobie \Rightarrow ac lactique \Rightarrow douleur.
- Ischémie sévère \Rightarrow troubles trophiques \Rightarrow gangrène ischémique.



ETIOLOGIES

- **Athérosclérose:90%**

FDR: Tabac+++ , Diabète,HTA,Dyslipidémie,IRC en hémodiayse.

Atteinte de plusieurs territoires: **AOMI+CORO:50%**

AOMI + CAROTIDE: 5-20%

Polyartériel:10%

- **Médiacalcose**: sujet diabétique.

Calcifications de la média des art mb inferieur avec atteinte distale.

- **Artériopathies non athéromateuses**:

-Maladie de BUERGUER:homme jeune,tabac,mb sup,artère de moyen et petit calibre,par poussées.

-Maladie de TAKAYASU: femme,artérite inflamatoire gros tronc , rarement mb inf

-Autres: radique,inféctieuse,congénitales,toxique,post traumatique,maladies de système.....

DIAGNOSTIC

1-Antécédants



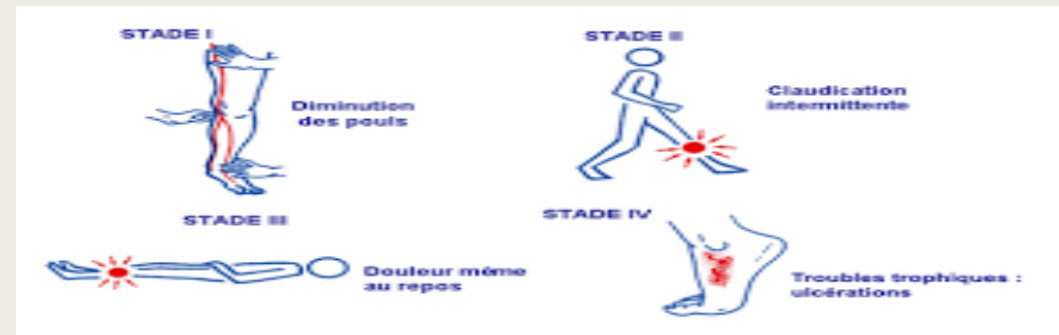
- Antécédents personnels et familiaux de maladie cardiovasculaire
- Facteurs de risque d'athérosclérose: Tabac, HTA, Diabète, Dyslipidémie,
- Evaluation de l'état général et des comorbidités.

DIAGNOSTIC

2-Signes fonctionnels



- **Patient asymptomatique:** Représente 75% des cas
- **Claudication intermittente +++**
 - Douleur à type de crampe qui survient progressivement au cours de la marche,
 - Dans un territoire musculaire précis, toujours le même pour le même patient .
 - Augmente progressivement avec la poursuite de la marche.
 - Son intensité oblige le patient à s'arrêter.
 - La douleur disparaît rapidement à l'arrêt de l'effort
 - Son siège est variable selon le niveau de l'oblitération : Fesses, cuisses, mollet, pied.
- **Périmètre de marche: distance** en mètre à laquelle apparaissent les claudication stoppant la marche.
- **Douleurs de décubitus:** Nocturne dues à la baisse du débit cardiaque, brûlure intense de l'avant pied et orteils, soulagées par la position assise jambes pendantes, traduisent un ischémie critique.
- **Impuissance**



DIAGNOSTIC

3- Examen physique

l'inspection :

Pâleur avec allongement du temps de recoloration cutanée.

- Les troubles trophiques :

Ulcère : L'ulcère artériel est typiquement arrondi, bien limité, très douloureux.

Gangrène : Siège le plus souvent à l'extrémité d'un orteil ou au talon, Elle peut être soit sèche et bien limitée, soit inflammatoire et mal limitée, témoignant d'un processus infectieux associé.

la palpation: soigneuse de tout les pouls de manière comparative et symétrique

- La température cutanée est parfois abaissée par rapport au coté opposé.
- Diminution ou abolition d'un pouls périphérique.

l'auscultation des trajets artériels:

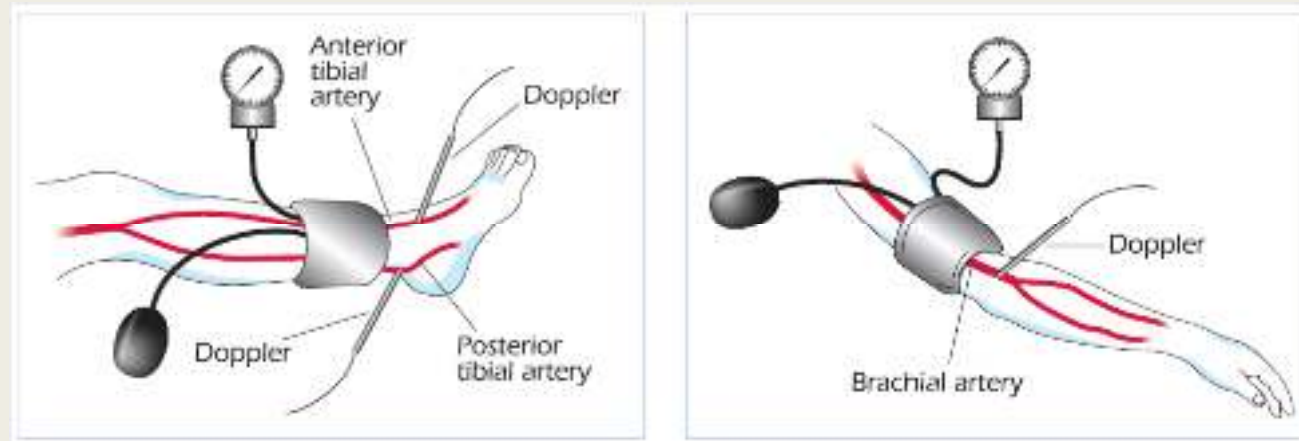
- Recherche d'un souffle: aorte abdominale, carotide, fémorale, jambes
- Mesure de la PA aux deux membres.



DIAGNOSTIC

4 - Mesure de l'IPS

- l'index de pression systolique (pression systolique à la cheville/pression systolique humérale).
- Examen de première intention
- Les valeurs de l'index sont normales entre 0,9 et 1,4.
- Un IPS inférieur a 0,9 témoigne de la présence d'une AOMI.
- Un IPS supérieur a 1,4 évoque la présence d'une médiacalcose



CLASSIFICATION

Classification de Fontaine			Classification de Rutherford		
Stade	Symptômes	↔	Grade	Catégorie	Symptômes
I	Asymptomatique	↔	0	0	Asymptomatique
II	Claudication intermittente	↔	I	1	Claudication légère
			I	2	Claudication modérée
			I	3	Claudication sévère
III	Douleur ischémique au repos	↔	II	4	Douleur ischémique au repos
IV	Ulcération ou gangrène	↔	III	5	Perte de tissus mineure
			III	6	Perte de tissus majeure

Tableau d'ischémie critique:

ou **Ischémie permanente chronique:**

- Stade III ou IV avec PAS cheville < 50 mmHg ou 30 mmHg orteil depuis au moins 15 jours.
- Urgence nécessitant une prise en charge hospitalière en vue d'une revascularisation.
- Mauvais pronostic fonctionnel et vital avec 35% d'amputation et 20% de décès.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

1-Bilan des facteurs de risque et comorbidités:

- Glycémie et HBA1c et recherche d'une microalbuminurie si diabetique.
- Bilan lipidique complet.
- Bilan rénal avec calcul de la clearance de la creatinine.
- FNS.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

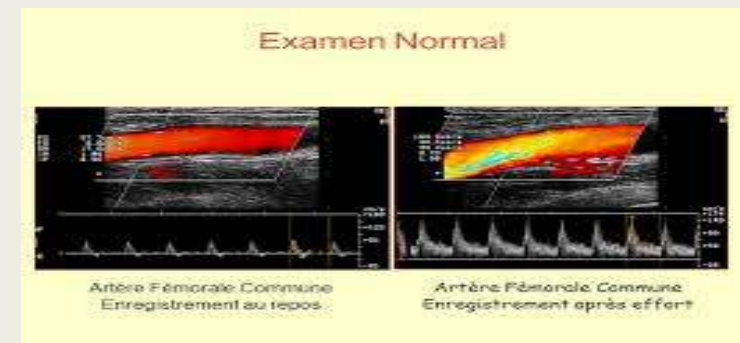
2-Echodoppler artériel des membres inférieurs:

-Examen de 1^{ère} intention.

-Permet un étude anatomique en 2D avec visualisation des lésions leurs topographie, étendue et sévérité et éventuelle complications.

-Permet un étude hémodynamique en doppler pulsé en appréciant l'amortissement des flux en aval des lésions.

-Appréciation de la qualité de circulation collatérale.



EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

3-Angioscanner et angio IRM

-2^{ème} intention .

-Systématique en cas de stade III ou IV
et stade II avant revascularisation.

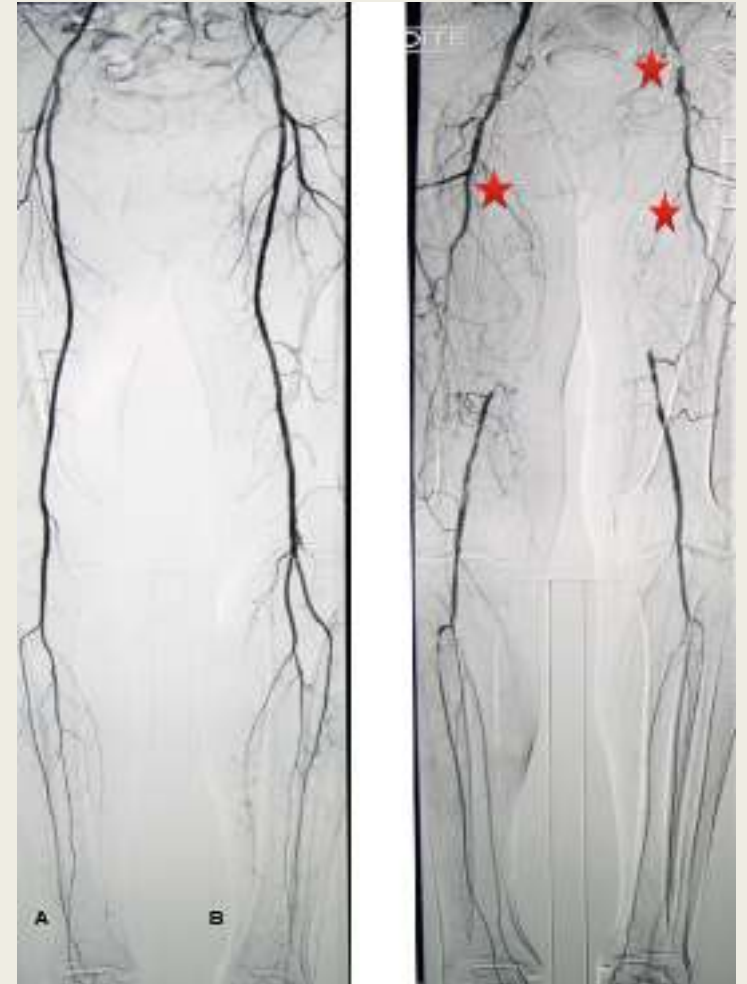
-Permettent une bonne analyse anatomique du lit
d'aval et de la circulation collatérale.



EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

4-Angiographie

- Examen invasif
- N'est réalisé que pendant un geste de revascularisation percutanée.



DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Devant une claudication

Claudications veineuses : Post phlébitique

Claudications neurologiques: d'origine médullaire, canal lombaire étroit.

Claudications rhumatologique: sciatalgies, coxarthrose, rhumatismes inflammatoires.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Devant des troubles trophiques

L'ulcère veineux :

- Est de siège malléolaire interne, peu douloureux.

Le mal perforant plantaire :

- Siège au niveau des points d'appui, indolore, survient sur un terrain de neuropathie

COMPLICATIONS

ISCHEMIE AIGUE DES MEMBRES INFERIEURS

- **URGENCE** locale et générale.
- Occlusion brutale d'une artère saine ou pathologique.
- Ischémie aiguë entraîne une souffrance neurologique en 4H puis musculaire en 6H et cutanée plus tardive.
- **Mécanisme**: Embolique ou Thrombose extensive.
- L'occlusion d'une artère saine est de plus mauvais pronostic.
- Urgence de revascularisation.

ISCHEMIE AIGUE DES MEMBRES INFÉRIEURS

- **Diagnostic est clinique:** -Douleur aigue
-Impotence fonctionnelle
-Membre froid, cyanosé avec abolition des pouls.
- **Signes de gravité:**
1-Signes neurologique: Hypoesthésie, parésie, anesthésie et déficit moteur total.
2-Biologie: acidose, hyperkaliémie, hypermyoglobulinémie et insuffisance rénale.
- **Aucun examen complémentaire ne doit retarder la revascularisation urgente.**

ISCHEMIE AIGUE DES MEMBRES INFERIEURS

TRAITEMENT:

1-Mesures générales: Hémodynamique,hydroelectrolytique,antalgiques,et Héparine IV .

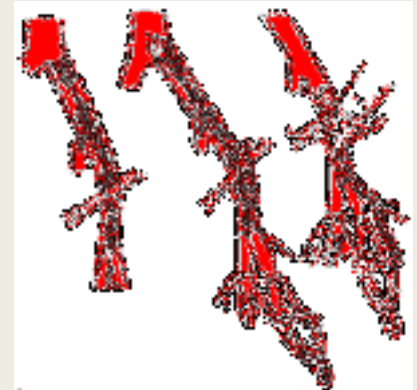
2-Revascularisation en urgence:

Artères saines: désobstruction à la sonde de **FOGARTY**.

Artère athéromateuse: Pontage,thromboaspiration,thrombolyse in situ.

3-Aponévrectomie: au moindre doute de syndrome des loges.

4-Amputation: Si hors délais ou si état local ou général n'a pas permis une revascularisation.



COMPLICATIONS

Micro-embolies distales :évoluant sur fond sub aigue et répétées avec destruction du lit d'aval.

Anévrismes de l'aorte et de ses branches.

Troubles trophiques: gangrène avec risque de surinfection(diabetique).



TRIATEMENT

1-MESURES HYGIENODIETETIQUES:

- Correction des facteurs de risque et arrêt du tabac.
- Prévention des troubles trophiques.
- Marche régulière** de préférence supervisée.

TRIAITEMENT

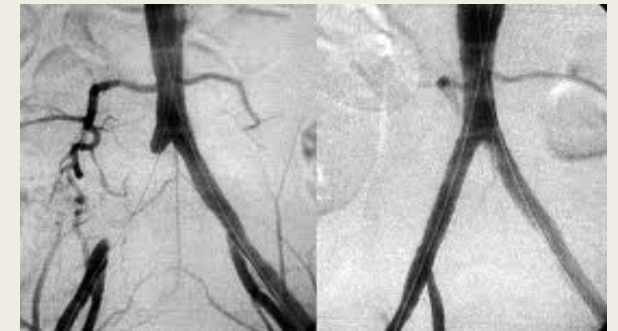
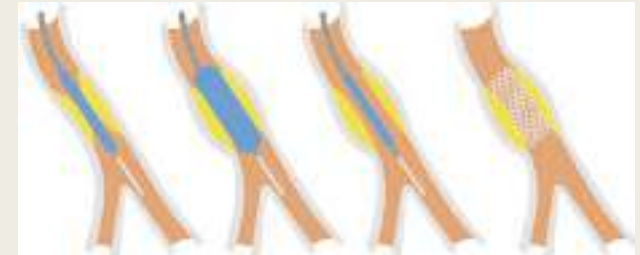
2-TRAITEMENT MEDICAL

- Antiagrégant plaquettaire: Aspirine.
- Statine systématique.
- Traitement antalgique si symptômes sévères..

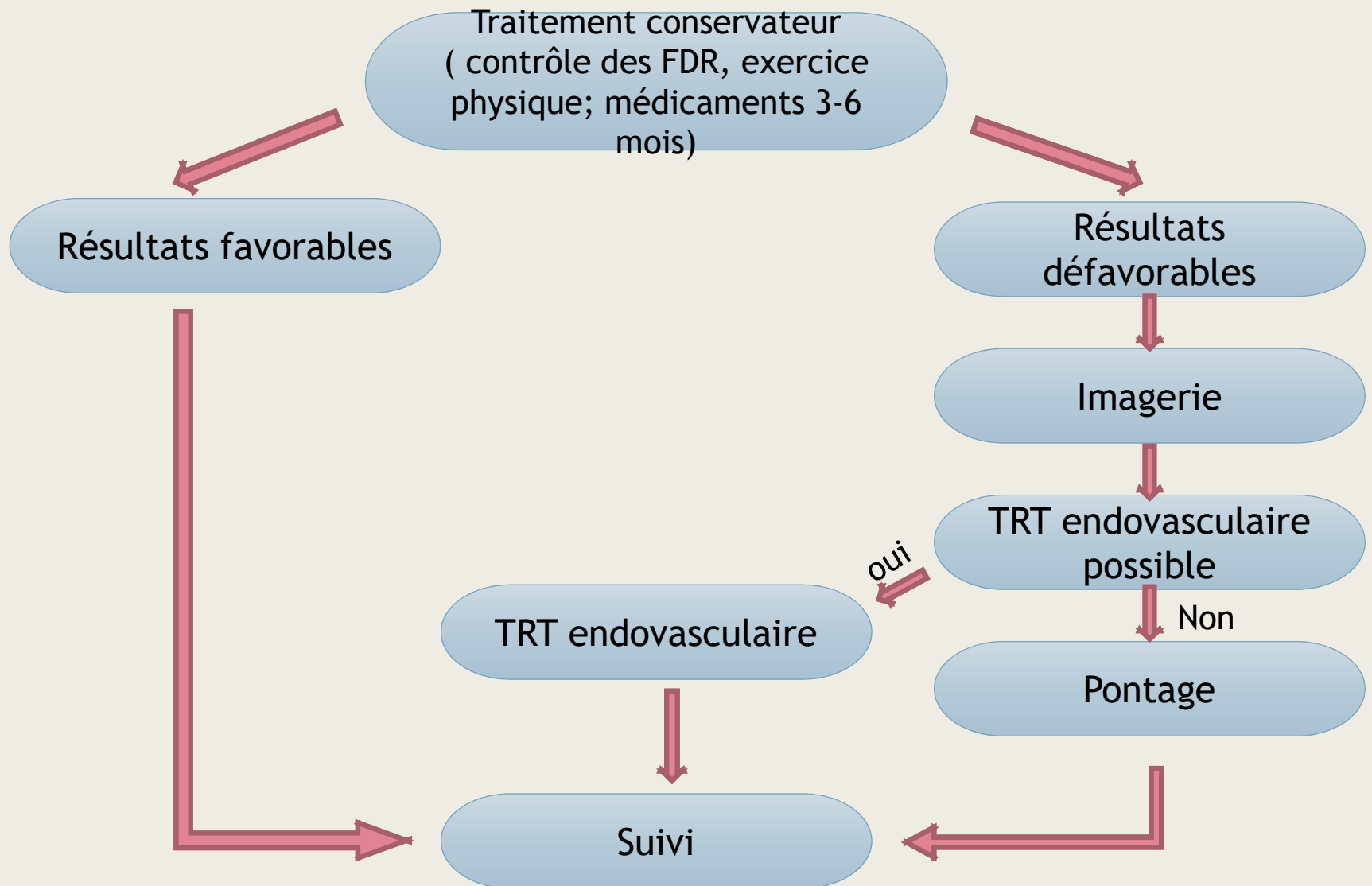
TRIATEMENT

3-REVASCULARISATION:

- Angioplastie percutanée:** Avec ou sans stent.
- Chirurgicale:** Pontage, endartériectomie.
- Hybride:** Association des deux.
- Amputation**



Prise en charge de la claudication intermittente



MERCI